

**PIANO ANNUALE  
PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO SANITARIO  
(PARS) 2023**

**ASL ROMA 5**

## *INDICE*

	Premessa	pag. 03
1.	Contesto Organizzativo	pag. 04
1.1	Introduzione al PARS 2023	pag. 07
1.2	Gestione del Rischio infettivo	pag. 08
2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag. 10
3.	Descrizione della posizione assicurativa	pag. 12
4.	Resoconto delle attività del Piano Precedente	pag. 12
4.1	Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2022	pag. 12
4.2	Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2022	pag. 13
5.	Matrice delle Responsabilità	pag. 15
6.	Obiettivi ed attività	pag. 16
6.1	Obiettivi 2023 per la gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 16
6.2	Attività 2023 per la Gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 16
7.	Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo	pag. 18
7.1	Obiettivi 2023 per la gestione del R.I. (Ex PAICA)	pag. 18
7.2	Attività 2023 per la gestione del R.I.	pag. 19
8.	Modalità di Diffusione del Documento	pag. 23
9.	Bibliografia e Sitografia	pag. 23
10.	Riferimenti Normativi	pag. 24



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
ASL  
ROMA 5

UOS RISK MANAGEMENT QUALITA'  
DEI PROCESSI E AUDITING



REGIONE  
LAZIO

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANIATRIO (PARS) 2023**

Revisione n. 01  
Revisione programmata:2024  
Codice: RM\_05\_\_P.O.A. \_R\_01  
Pagine 25

## Premessa

A più di tre anni dalla sua approvazione, l'impatto della Legge 8 marzo 2017 n. 24<sup>1</sup> sulle *policy* di gestione del rischio clinico a livello regionale e aziendale è stato caratterizzato da luci e ombre.

Se da un lato, infatti, la norma ha portato alla costituzione di una struttura che garantisca il coordinamento delle attività di risk management a livello regionale, anche al fine di poter ottemperare al debito informativo con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, dall'altro i tanto auspicati effetti in termini di contenimento del contenzioso e , soprattutto, di recupero della dimensione extra-contrattuale nel rapporto fra esercenti la professione sanitaria e pazienti, non sono ancora pienamente visibili.

I motivi di tale ritardo non sono ancora determinati in modo chiaro, probabilmente a causa di un problema legato alla fisiologica latenza di organizzazioni estremamente complesse come quelle sanitarie e giudiziarie nell'applicazione di elementi innovativi di sistema: sarà solo il tempo a dirlo.

Nel Lazio, tuttavia, la costituzione del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ha rappresentato un momento importante per tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Infatti sono stati elaborati e messi a sistema una serie di iniziative e di documenti che hanno consentito alle aziende di migliorare la qualità dei flussi informativi e di concentrare l'attenzione su argomenti rilevanti, come la sicurezza materno-infantile e la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Il particolare periodo, che vede tutte le strutture sanitarie impegnate nella gestione della pandemia COVID-19, ha permesso di implementare la governance delle malattie trasmissibili ed ha reso necessario una maggiore consapevolezza del ruolo di prevenzione delle organizzazioni.

Nello stesso tempo ha spostato l'attenzione verso ambiti clinici specifici, limitando, in taluni casi, l'implementazione delle buone pratiche non correlate alle infezioni.

Nella Asl Roma 5, su mandato regionale, si è ripensato l'assetto organizzativo dei presidi ospedalieri, implementando i posti letto legati dedicati alla gestione del COVID-19.

## 1. Contesto Organizzativo

L'azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente, senza fini di lucro, parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel territorio di competenza la tutela della salute della popolazione in conformità alle normative Nazionali e Regionali.

Il territorio della ASL Roma 5 (di seguito Azienda), comprende 70 Comuni divisi in sei Distretti Sanitari:

- G1: Monterotondo
- G2: Guidonia
- G3: Tivoli
- G4: Subiaco
- G5: Palestrina
- G6: Colferro

per una estensione di 1.813,7 Km<sup>2</sup>. La popolazione residente nel territorio aziendale è di 490.651 persone (*fonte Lazio in numeri – statistica Lazio 2023*).

La Sede Legale della Azienda è in Via Acquaregna 1/15 Tivoli.

Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.aslroma5.it>

La rete ospedaliera della ASLRoma5 consta di 5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta:

- P.O. "S. Giovanni Evangelista" di Tivoli
- P.O. "L. Parodi Delfino" di Colferro
- P.O. "Coniugi Bernardini" di Palestrina
- P.O. "SS. Gonfalone" di Monterotondo
- P.O. "A. Angelucci" di Subiaco

Nella Tabella 1 sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici per l'azienda, mentre nella Tabella 2 sono riportati i dati di dettaglio dei singoli Presidi Ospedalieri.

**Tabella 1 – ASL ROMA 5. Dati Aziendali Aggregati<sup>2</sup>**

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	1.813,7 Km <sup>2</sup>	Popolazione residente <sup>3</sup>	490.651
Distretti Sanitari	Monterotondo Guidonia Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro	Presidi Ospedalieri Pubblici	Monterotondo Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro
Posti letto ordinari	407	Area Medica	187
		Area Chirurgica	140
		SPDC	44
		UTIC	10
		Anestesia e Rianimazione	26
Posti letto diurni	60	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	5	Numero Sale Operatorie	17
Numero Terapie Intensive	3	Numero UTIC	2
DATI DI ATTIVITÀ			
Numero ricoveri ordinari	9.747	Numero ricoveri diurni	2.698
Numero accessi PS	89.426	Numero neonati	576
Branche specialistiche (nelle UO ospedaliere)	26 (escluso Lab.Analisi)	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici <sup>4</sup>	1.454.755 <sup>A</sup>

A Il dato contenuto nella tabella si riferisce alle prestazioni ambulatoriali erogate dai soggetti sia pubblici che privati convenzionati dell'Azienda. Lo stesso dato contenuto nel PARS 2022 è da correggersi al numero 1.358.994.

**Tabella 2 – ASL ROMA 5. Dati per singolo Presidio Ospedaliero**

P.O. "L. Parodi Delfino" COLLEFERRO			
Posti letto ordinari	122	Area Medica	47
		Area Chirurgica	49
		SPDC	16
		UTIC	4

<sup>2</sup> Ove non diversamente specificato, i dati riportati sono tratti dai Rapporti SIO 2022 e SIES 2022.

<sup>3</sup> fonte Lazio in numeri – statistica Lazio 2023

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANIATRIO (PARS) 2023**

Revisione n. 01  
Revisione programmata:2024  
Codice: RM\_05\_\_P.O.A.\_R\_01  
Pagine 25

		Anestesia e Rianimazione e Terapia sub intensiva	4 +2
Posti letto diurni	14	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	5
Numero ricoveri ordinari	3.217	Numero ricoveri diurni	670
Numero accessi PS	21.658	Numero neonati	-

**P.O. "SS. Gonfalone" MONTEROTONDO**

Posti letto ordinari	54 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
		SPDC	14
Posti letto diurni	10	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
Numero ricoveri ordinari	744	Numero ricoveri diurni	624
Numero accessi PS	14.378	Numero neonati	-

**P.O. "Coniugi Bernardini" PALESTRINA**

Posti letto ordinari	50	Area Medica	22
		Area Chirurgica	22
		Subintensiva	6
Posti letto diurni	14	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	1150	Numero ricoveri diurni	238
Numero accessi PS	15.006	Numero neonati	-

**P.O. "S. Giovanni Evangelista" TIVOLI**

Posti letto ordinari	143	Area Medica	58
		Area Chirurgica	49
		SPDC	14
		UTIC	6
		Anestesia, Rianimazione e Subintensiva	16
Posti letto diurni	22	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	5
Numero ricoveri ordinari	3727	Numero ricoveri diurni	987
Numero accessi PS	30.992	Numero neonati	576

**P.O. "A. Angelucci" SUBIACO**

Posti letto ordinari	40 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
Posti letto diurni	1	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	909	Numero ricoveri diurni	179
Numero accessi PS	7.392	Numero neonati	-

Il P.O. di Palestrina nel corso del 2022 è stato convertito in COVID CENTER: nel periodo 01/01/2022 al 30/06/2022 il numero medio di posti letto dedicati alla patologia infettiva è stato di n. 80. Successivamente sulla base delle indicazioni regionali la Direzione della ASL Rm/5 ha deciso di riconvertire il presidio ad ospedale generale, mantenendo n. 15 letti di medicina Covid e n. 6 letti di sub intensiva Covid. Inoltre negli altri presidi Aziendali (Tivoli- Monterotondo-Colleferro) sono stati approntati p.l. COVID dedicati, come da schema sottostante:

Posti letto dedicati alla gestione COVID	
Presidio Palestrina	n. 80 p.l. Covid dal 01/01/2022 al 30/06/2022
Presidio Palestrina	n. 21 p.l. (totale posti letto) dal 01/07/2022 – 31/12/2022
Presidio Tivoli	n. 10 p.l. dal 01/01/2022 – 26/05/2022 e n. 22 posti letto dal 27/05/2022 al 31/12/2022
Presidio Colleferro	n. 4 p.l. dal 01/01/2022 al 30/09/2022
Presidio Monterotondo	n. 9 p.l. dal 01/07/2022-31/12/2022
Presidio Subiaco	////////

### 1.1 Introduzione al PARS 2023 -

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Nota Regionale U0124752 del 02/02/2023 e nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato PARS, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

L’Azienda ASL Roma 5, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente.

L'attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto nel PARS precedente per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come una opportunità di apprendimento.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

In quest'ottica, il ruolo di promozione attiva del Team di Risk Management assume, quindi sempre più, una caratterizzazione di indipendenza professionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica aziendale. Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

In relazione alla necessità di diffondere la cultura della sicurezza delle cure è stato realizzato un processo di sensibilizzazione dei medici e del comparto con l'obiettivo di realizzare un continuo controllo di qualità sulla risposta alla domanda di cura; nello specifico sono stati chiariti gli aspetti culturali che riguardano nello specifico gli audit intesi appunto come strumento sereno ed irrinunciabile in un processo di miglioramento organizzativo. Anche in questo senso il corso di formazione in rischio clinico annualmente programmato contiene anche questi aspetti a disposizione del comparto e della dirigenza.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il team di Risk Management per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie, apportando un prezioso contributo

## 1.2 Gestione del Rischio infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con Deliberazione del Direttore Generale n. 502 del 21 aprile 2006, ha istituito il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con delibere n.518 del 09/05/2007; n° 870 del 04/10/2011; n° 499 del 08/07/2014; n° 251 del 29/04/2016; n° 394 del 22/05/2018 e n° 990 del 26/11/2018 ha modificato la composizione originaria.

Con Delibera n° 72 del 06/02/2017 è stato deliberato il regolamento per il funzionamento del CC-ICA ad oggi vigente.

In ultimo con deliberazione 1673 del 29/09/2022 è stata definita la nuova composizione del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;
- segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;
- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA

- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

Gli effetti attesi dall'istituzione di un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono:

- il monitoraggio costante delle AMR.
- la riduzione del consumo di antibiotici
- la riduzione della durata di degenza
- la riduzione delle ICA.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale Roma 5 insistono 5 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Giovanni Evangelista di Tivoli", Ospedale "Parodi Delfino" di Colferro, Ospedale "Coniugi Bernardini" di Palestrina, Ospedale "SS. Gonfalone" di Monterotondo e Ospedale "A. Angelucci" di Subiaco.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative e negli spazi comuni, e precisamente: all'entrata delle stanze, lungo i corridoi, sui carrelli e in tasca agli operatori; durante la Giornata Mondiale sul "Lavaggio delle Mani" viene effettuato il SWR per verificare la presenza dei dispenser di gel idroalcolico mentre la Farmacia Ospedaliera calcola periodicamente la quantità di gel idroalcolico consumata dagli operatori sanitari e da tutti coloro che accedono alle unità di degenza.

Vengono effettuate inoltre tutte le attività previste dal Piano Regionale per l'Igiene delle mani.

Sono stati istituiti presso le Direzioni di Presidio dell'Azienda i gruppi locali per la Sorveglianza e il controllo delle ICA. E' attivo il monitoraggio epidemiologico dei germi alert per tutti gli Ospedali della ASL e la sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale. Viene altresì monitorato il consumo di antibiotici e vengono elaborati dei report periodici sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Riguardo alla formazione, sono stati organizzati corsi sulle I.C.A., sia a livello aziendale riguardanti l'appropriatezza della terapia antibiotica, i modelli di Sepsi Team, le nuove frontiere della terapia antibiotica, sia a livello di Presidio con formazione sul campo sul corretto uso dei DPI ai fini della gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*).

È presente ma non strutturata l'attività di Antimicrobial stewardship.

Nel corso degli anni 2020-2021, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio di contagio.

Il presente documento per la gestione del rischio infettivo (ex PAICA) viene elaborato secondo le indicazioni regionali emerse nella riunione del Tavolo del Rischio clinico regionale del 17/12/2021.

## 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.

La Legge 8 Marzo 2017 n. 24, che verte su “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” facendo anche riferimento a precedenti disposizioni normative, indirizza le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie a redigere annualmente una relazione consuntiva che concerne tutte le attività, gli strumenti e le analisi per il monitoraggio degli eventi avversi.

In questo senso l’attività del Rischio clinico si è basata sull’effettuazione di percorsi di audit attivi e proattivi che hanno avuto il senso di rilevazione oggettiva dei criteri organizzativi di sistema tra pari ed anche di altre metodologie quali la sensibilizzazione delle strutture alla segnalazione dei near miss; la redazione di nuove procedure ha avuto anche l’obiettivo di migliorare appropriatezza e sicurezza del paziente.

In definitiva l’individuazione di quanto detto ha portato alla necessità di attuare azioni concrete che aumentino la sicurezza del paziente.

### Caratteristiche della ASL Roma 5

La nostra Azienda articolata in 5 stabilimenti ospedalieri e 6 Distretti comporta una evidente difficoltà organizzativa se ci si riferisce ad una gestione comune della Rete Sanitaria.

Inoltre la vastità del territorio coperto dalla Azienda complica maggiormente il processo di unificazione delle eventuali procedure e comportamenti da mettere in atto.

Pertanto le attività di rischio clinico strutturate fino ad oggi e che non comprendevano le figure intermedie del facilitatore, a partire dall’anno in corso dovranno obbligatoriamente prevedere tali figure al fine di garantire la sicurezza del paziente, l’uso appropriato delle risorse e la riduzione degli eventi avversi.

Le nuove attività da svolgersi congiuntamente alla figura del facilitatore (figura che nel 2023 l’Azienda sta provvedendo a formare al fine di garantire un aumento della sensibilizzazione sul rischio clinico) riguarderanno:

- controllo dei processi
- progettazione congiunta delle attività
- revisione costante delle procedure in essere.

Durante l’anno 2022 sono stati comunicati in totale n. 159 episodi, come illustrato nella tabella 3. Il trend degli eventi è in aumento rispetto agli anni precedenti (n. 131 episodi nel 2021 e n. 147 nel 2020).

**Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2021 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute all’interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(B)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss <sup>(A)</sup>	50 (31,4%)	0%	Procedure/Comunicazione (42%) Strutturali (30%) Tecnologici (10%) Organizzativi (18%)	Procedure/Comunicazione (42%) Strutturali (30%) Tecnologici (10%) Organizzativi (18%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi <sup>(A)</sup>	108 (67,9%)	86,1%			
Eventi Sentinella <sup>(A)</sup>	1 (0,62%)	0%			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all’interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

Nonostante l'emergenza COVID-19, nell'anno 2022 l'attività di Incident reporting, così come prevista dalle specifiche procedure aziendali, ha continuato a svolgersi regolarmente, mostrando una maggiore sensibilità nella segnalazione da parte degli operatori sanitari prevalentemente del comparto e configurandosi come strumento necessario per la predisposizione di successive attività di prevenzione e contenimento degli eventi accaduti.

A tal fine nel corso del 2023 sono stati strutturati opportuni corsi di formazione sul rischio clinico in maniera da costruire un sistema aziendale che migliori la coltura del rischio clinico ed il concetto di errore non come evento penalizzante ma come strumento di miglioramento.

Pur prendendo atto dell'aumento delle segnalazioni ricevute nel corso del 2022 si è potuto verificare una superficialità nella compilazione della modulistica utilizzata, che richiederebbe di conseguenza un aumento degli strumenti di Audit – SWR e formazione che permetteranno una prevenzione degli eventi indesiderati una migliore identificazione delle cause, prendere consapevolezza della fallibilità e accettare la consapevolezza dell'errore stesso come strumento di miglioramento.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che “Tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”.

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la tabella seguente.

**Tabella 4 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2018	58	€ 3.637.514,49
2019	66	€ 2.991.346,32
2020	54	€ 1.856.850,43
2021	46	€ 4.228.192,09
2022	54	€ 2.958.643,68
<b>Totale</b>	<b>278</b>	<b>€ 15.672.547,01</b>

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimentef-fettpsonai, dani a cose, ecc.)

### 3. Descrizione della posizione assicurativa

La posizione assicurativa si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 5)

**Tabella 5 – Descrizione della posizione assicurativa.**

	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019	ITOMM1800003 (31.03.2019)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 4.440.466,00	€ 175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	ITOMM1800003 (Prorogata dal 31/03/2019 al 31.01.2020)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 3.026.902,52	€ 175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	RCH0001000006 (31/01/2020)	AMTRUST ASSICURA- ZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2021	RCH0001000006	AMTRUST ASSICURA- ZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	MAG. JLT SPA.
2022	RCH0001000006	AMTRUST ASSICURA- ZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	MAG. JLT SPA.

### 4. Resoconto delle attività del piano precedente

#### 4.1 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2022

Le attività previste dal PARS 2022 della ASL RM 5 sono state realizzate in parte a causa della gestione della pandemia che fino al luglio 2022 ha impegnato risorse umane con centralizzazione verso le attività ospedaliere e territoriali per il recupero delle prestazioni legate alle liste d’attesa. (Vedi Tabella 6)

**Tabella 6 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione “Gestione del Rischio” (PARS 2022)**

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata <sup>(A)</sup>	Stato di attuazione
<b>Attività 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso Base di Gestione del Rischio Clinico”	NO	Le risorse da formare erano impegnate in attività di recupero liste d’attesa e prestazioni ambulatoriali
<b>Attività 2</b> Formazione Facilitatori e gruppo di Infermieri	NO	Le risorse da formare erano impegnate in attività di recupero liste d’attesa e prestazioni ambulatoriali

(A): Sulla base dello standard prefissato per l’indicatore relativo alla specifica attività.

**OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

Attività	Realizzata <sup>(A)</sup>	Stato di attuazione
<b>Attività 3</b> – Completamento dell'attività di monitoraggio e revisione delle procedure Aziendali, Relative alle raccomandazioni ministeriali	SI	Revisionate e deliberate le tre procedure mancanti (Raccomandazioni 14;18;19 )
<b>Attività 4</b> – Elaborare una procedura per la gestione degli incidenti a visitatori, utenti esterni e famigliari all'interno dei presidi aziendali	NO	Si è deciso di rimandare al 2023 tale attività in maniera da adeguarla al nuovo protocollo sulle cadute stilato dal CRRC.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

**OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

Attività	Realizzata <sup>(A)</sup>	Stato di attuazione
<b>Attività 5</b> – Implementazione e ridefinizione del comitato valutazione sinistri ( CVS) e sua riorganizzazione	SI	Si è iniziato il processo di implementazione ed è stata rivalutata la composizione del comitato stante il pensionamento di alcuni componenti.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

**4.2 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2022**

Le attività previste dal PARS 2022 della ASL RM 5 sono state realizzate come da contenuti della Tabella 7

**Tabella 7- Resoconto della sezione “Gestione del Rischio infettivo” del Piano precedente (PARS 2022)**

<b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del Rischio infettivo</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Attività 1.</b> Attività di informazione, formazione e addestramento sul corretto utilizzo dei DPI nell'ambito delle misure di prevenzione del rischio COVID – 19	SI	Realizzati nel corso del 2022 n 6 corsi di formazione ed addestramento su circa 300 operatori sanitari (Medici, Infermieri ,OSS )
<b>Attività 2</b> implementazione delle linee guida sull' antibiotico profilassi peri operatoria volta ad uniformare/razionalizzare l'approccio alla profilassi antibiotica	SI	Realizzate nuove linee guida aziendali sull'antibiotico profilassi perioperatoria e effettuata giornata formativa in presenza con Direttori Dipartimento e Direttori UOC per la loro divulgazione.
<b>OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo , attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione

<b>Attività 3</b> Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	SI	Monitoraggio trimestrale sulla base dei dati di laboratorio delle infezioni e delle batteriemie con ritorno di informazione alle UOC UOSD e UOS Aziendali .
<b>Attività 4</b> Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg di degenza.	SI	Elaborati Report Semestrali sul consumo di antibiotici espresso in DDD per gli ospedali di Tivoli e Colleferro.
<b>Attività 5</b> Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici ( Antimicrobial Stewardship)	SI	Costituito nuovo Team di Antimicrobial Stewardship a partire dal mese di Settembre 2022 con inizio di consulenza per i Reparti ospedalieri a partire da Ottobre 2022.

**OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2022 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
<b>Attività 6</b> – Elaborazione del piano locale sull' igiene delle mani riguardante gli ospedali della ASL Roma 5	SI	Deliberato il piano locale sull'igiene delle mani nel Dicembre 2022 e effettuata l'analisi dei risultati dell' autovalutazione di ogni singolo presidio.

## 5. Matrice delle Responsabilità del PARS

Nella Tabella Seguente viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle linee guida regionali. (Determinazione n.643 del 25/01/2022).

**Tabella 8 – Matrice delle Responsabilità**

Azione	Direttore Sanitario /presidente CCICA	Risk Management	Responsabile UO. Affari Legali / Generali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 del punto A2;punti A3 e A7)	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabella 5 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	-
Redazione Punto A6	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto punto A7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio Punto A7	R	C	I	I	I	C

**Legenda:** R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

(1) ove non coincida con il presidente CCICA

## 6. Obiettivi e Attività per la gestione del rischio (PARS 2023 )

Nel presente documento, in continuità con quanto definito nel PARS 2022, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori. Tali obiettivi mirano a creare e diffondere la "cultura della sicurezza " e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno. Pertanto viene percepita dall'Azienda la necessità di migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema e promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo ad interventi mirati al contenimento dei sinistri.

Dunque è necessario facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

In ragione di quanto espresso dalle linee guida regionali ed in assoluta coerenza con la Mission aziendale sono identificati per l'anno 2022 i seguenti obiettivi strategici.

## 6.1 Obiettivi 2023 per la gestione del Rischio

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2023 sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

## 6.2 Attività 2023 per la Gestione del Rischio

Le attività previste per il 2023, sono elencate nella Tabella 9.

### Tabella 9- Attività programmate per l'anno 2023

#### Obiettivo A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

<b>ATTIVITA 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del “Corso di Formazione in Risk Management”</b>		
INDICATORE Esecuzione di almeno tre edizioni del corso entro il 31/12/2023		
STANDARD si		
FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>	<b>UOC FORMAZIONE</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

<b>ATTIVITA 2 – Formazione Facilitatori e gruppo infermieri tramite specifico corso di formazione avanzato in Risk Management</b>		
INDICATORE Esecuzione di almeno due incontri formativi entro il 31/12/2023		
STANDARD si		
FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>	<b>UOC FORMAZIONE</b>
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.**

**ATTIVITA' 3 - Completamento dell' attività di revisione delle procedure aziendali, relative alle Raccomandazioni ministeriali.**

INDICATORE Revisione di almeno 7 procedure Aziendali sul totale delle raccomandazioni Ministeriali

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UU.OO./ Servizi	Direzione Sanitaria
Revisione della procedura emanate prima del 2021	R	C	I
Monitoraggio secondo i criteri Agenas e inserimento sul portale	R	C	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITA 4) Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell' Azienda allo scopo di identificare situazioni di risko e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.**

INDICATORE esecuzione di almeno 5 SWR

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	DIREZIONE STRATEGICA
Esecuzione del SWR	R	C
Accettazione della metodica	C	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITA 5) Processo di Audit**

INDICATORE esecuzione di almeno n. 15 Audit

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOC Interessate
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di Miglioramento	C	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

### ATTIVITA' 5) implementazione e ridefinizione dell'comitato valutazione sinistri (CVS) e sua riorganizzazione

INDICATORE Riorganizzazione delle funzioni delle strutture facenti parte del CVS

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	Avvocatura / Affari generali
Implementamento Organizzazione CVS	C	R
Azioni di miglioramento	R	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

### ATTIVITA 6) Partecipazione alle attività regionali di Risk Management

INDICATORE Partecipazione al tavolo permanente dei Risk Manager della Regione Lazio

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT
Partecipazione al Tavolo permanente	R
Azioni di Miglioramento	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

### ATTIVITA 7) Creazione e validazione di un data base informatizzato su near miss – eventi avversi – eventi sentinella al fine del miglioramento delle azioni correttive

INDICATORE creazione del Data Base

STANDARD si

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing / UOS Innovazione Tecnologica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOS Innovazione Tecnologica
Progettazione Data Base	C	R
Messa in opera Data Base	C	R
Analisi dei Risultati	R	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

## 7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo (PARS 2023)

### 7.1 Obiettivi 2023 per la Gestione del Rischio infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui

le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

## 7.2 Attività 2023 per la GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, la ASL Roma 5 ha programmato per il 2023 le seguenti attività così come approvate nella seduta del CCICA di Gennaio2023 (tabella 10).

**Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2023**

### Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo .

#### ATTIVITA'1) Attività di informazione, formazione e addestramento degli operatori mirate al controllo ed alla prevenzione delle ICA

INDICATORE – realizzazione di almeno 3 edizioni al personale entro il 31/12/2023

STANDARD-si

FONTE CC-ICA, Risk Management, UOC Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	CCICA	UOC FORMAZIONE
Progettazione del Corso	C	C	R
Svolgimento del corso	C	R	C
Esecuzione delle Attività	C	C	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

#### ATTIVITA' 2) Implementazione delle linee guida sull'antibiotico profilassi perioperatoria volta ad uniformare/razionalizzare l'approccio alla profilassi antibiotica

INDICATORE Organizzazione di una giornata in presenza- entro il 31/12/2022- per la divulgazione del nuovo manuale dell'antibiotico profilassi perioperatoria per i professionisti coinvolti

STANDARD si

FONTE CC-ICA/PP10 (PNR 2021-2025)

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	Referente/GDL	CCICA	Professionisti coinvolti
Progettazione giornata formativa	R	I	C
Svolgimento attività in presenza	I	R	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**Obiettivo B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull' Igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e della superficialità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

**ATTIVITA' 3) Applicazione del Piano locale sull' igiene delle mani riguardante gli Ospedali della ASL Roma 5**

INDICATORE Applicazione del Piano 2023 e analisi dei risultati dell' autovalutazione per ogni Presidio Ospedaliero

STANDARD si

FONTE Direzioni Mediche di Presidio – CCICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	DMPO	CC-ICA
Analisi dei 5 questionari di Autovalutazione	R	C
Azioni di Miglioramento	R	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**Obiettivo C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE.**

**ATTIVITA' 4) Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg di degenza**

INDICATORE almeno due report per presidio ospedaliero

STANDARD si

FONTE UOC Farmacia

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	CC-ICA	UOC Farmacia
Produzione report	I	R
Verifica report	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITA'5) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)**

INDICATORE Interventi di Antimicrobial Stewardship nei reparti ospedalieri

STANDARD si

FONTE CC-ICA- Gruppo di Antimicrobial Stewardship

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	CC-ICA	Gruppo di A.S.
Interventi di A.S.	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITA' 6) Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (in litri/100 giornate di Degenza ordinaria ).**

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANIATRIO (PARS) 2023**

Revisione n. 01  
Revisione programmata:2024  
Codice: RM\_05\_\_P.O.A.\_R\_01  
Pagine 25

INDICATORE Almeno 1 Report per presidio ospedaliero con specifica dei reparti utilizzatori		
STANDARD si		
FONTE Direzione Medica di presidio – UOC Farmacia.		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>DMPO- UOC Farmacia</b>	<b>CC-ICA</b>
Produzione Report	R	I
Azioni di miglioramento	I	R
Verifica Relazione	C	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

<b>ATTIVITA' 7).</b> Implementazione /consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE		
INDICATORE Consolidamento procedura per migliorare Aderenza alla Circolare Ministeriale in tutti gli Ospedali della ASL.		
STANDARD si		
FONTE Direzione Medica di presidio		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>DMPO</b>	<b>CC-ICA</b>
Implementazione/consolidamento procedura	R	C
Azioni di miglioramento	R	C

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

<b>ATTIVITA' 8).</b> Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio sugli “Alert organism” Multiresistenti e sospetti cluster epidemici e valutazione retrospettiva su ICA e resistenze antimicrobiche comprese le CRE				
INDICATORE Produzione settimanale delle schede Alert e trasmissioni alle DMPO; produzione semestrale dei Report retrospettivi				
STANDARD si				
FONTE UOC Laboratorio analisi microbiologia				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>MICROBIOLOGIA</b>	<b>DMPO</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>UOC</b>
Sorveglianza continua di laboratorio di microrganismi Alert e sospetti cluster epidemici	R	C	C	C
Sorveglianza di laboratorio retrospettiva su ICA e antimicrobico resistenze, CPE/CRE comprese.	R	C	C	C
Sorveglianza attiva colonizzazioni da CPE/CRE comprensiva dei ceppi CAZ –AVI.	R	C	C	R
Identificazione dei referenti per la sorveglianza CRE nell’ambito del CC-ICA	R	C	R	I

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

<b>ATTIVITA' 9).</b> Elaborazione Procedure/istruzioni operative previste della Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 sulle “Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA” con particolare riguardo alle infezioni del sito chirurgico
---

INDICATORE Elaborazione delle Procedure/istruzioni operative previste dalla Determinazione Regionale e non ancora presenti nella ASL Roma 5

STANDARD si

FONTE CC-ICA – UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	RISK MANAGEMENT	CC-ICA
Elaborazione della procedura	R	C
Verifica della procedura	R	I
Azioni di miglioramento	C	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITA' 10)** Indagine sulla prevalenza puntuale delle ICA, secondo il modello ECDC PPS-3, in uno degli Ospedali della Roma 5 (Colleferro)

INDICATORE Esecuzione di una indagine di prevalenza puntuale delle ICA presso l'ospedale di Colleferro entro il 31/12/2023

STANDARD si

FONTE CC-ICA – UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

AZIONE	RISK MANAGEMENT/Gruppi Operativi	CC-ICA
Esecuzione indagine di prevalenza	R	C
Analisi dei risultati	R	I
Azioni di miglioramento	C	R

Legenda: R = Responsabile ; C = Coinvolto; I = Interessato

## 8. Modalità di Diffusione del Documento

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2022 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARS sulla Home page del Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del PARS in occasione dei SWR;
- 5) Presentazione del PARS durante le attività formative e condivisione con i facilitatori
- 6) Invio del PARS in formato pdf nativo all'indirizzo [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 9. Bibliografia, Sitografia

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. Who: World Alliance for patient safety – The second Global Patient safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
9. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)
10. Ministero della Salute. Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare, disponibile all'URL: <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated Infections, disponibile all'URL: <https://www.cdc.gov/hai/index.html>
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections, disponibile all'URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

## 10. Riferimenti normativi

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella’”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
17. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;
18. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;

19. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.
20. Determinazione n. G00164 dell’11 gennaio 2019 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
21. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 m. 970 recante:” Approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
22. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico –Resistenza (PNCAR) 2017/2020;
23. Antimicrobial resistance surveillance in Europa 2022 – 2020 data. Disponibile all’ URL:  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data>
24. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Documento in indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
25. Determinazione Regionale Lazio n. 16501 del 28/11/2022 Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”.

---

*Il presente documento è stato redatto dal Dott. Filippo Lauria, dalla Dott.ssa Angela De Feo, dal Dr. Maurizio Cistaro, dal Dr. Stefano Limardi, dal Dott. Francesco Mogliazzi, dalla Sig.ra Francesca Baschieri e dalla Sig.ra Serena Cruciani.*